UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1917 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Sur un Traitement Nouveau de la Furonculose

PAR

Marcel PEROL

Né à Saint-Maur-des-Fossés (Seine), le 1er Décembre 1887.

Ancien Externe en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne en Médecine et en Chirurgie de la Maison Départementale de la Seine
Médecin Aide-Major aux Armées
Décoré de la Croix de Guerre

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26. PARIS (VIe Ar.)
1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
ALGLAVE	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE		NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES CHERS PARENTS

Vous qui m'avez permis de poursuivre de longues études, puisse ce faible témoignage de ma profonde affection vous prouver ma reconnaissance.

A MON GRAND-PÈRE

A MON FRÈRE

Chirurgien-Vétérinaire. — Officier du Mérite Agricole
Vétérinaire Aide-Major
de 1re Classe, de Territoriale, aux Armées.

A MA SŒUR

A MON COUSIN

LE DOCTEUR GUSTAVE GRÉGOIRE
Officier de l'Instruction Publique
Médecin-Major de Territoriale à l'Armée d'Orient

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

Chevalier de la Légion d'honneur

Je le remercie vivement et lui suis profondément reconnaissant d'avoir bien voulu me faire l'honneur de présider ma thèse.

Au Docteur Raymond GRÉGOIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur Albert FROUIN

à qui nous exprimons notre reconnaissance et nos remerciements pour avoir bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail.

A MES MAITRES, DANS LES HOPITAUX

STAGE

Monsieur le Professeur ROGER, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie deMédecine, médecin de l'hôtel-Dieu. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Professeur CHAUFFARD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpitalSt-Antoine. *Officier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur FAISANS, médecin de l'hôpital Beaujon. *Commandeur de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur SCHWARTZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin. *Officier de la Légion d'honneur.*

EXTERNAT

Monsieur le Professeur BAR, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, accoucheur en chef de la Clinique Tarnier. *Officier de la Légion d'Honneur.*

Monsieur le Docteur BRINDEAU, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur LEQUEUX, professeur agrégé d'obstétrique. *Officier d'académie.*

A la mémoire de Monsieur le Professeur SEGOND, professeur de Clinique chirurgicale.

Monsieur le Docteur T. de MARTEL, ancien chef de clinique chirurgicale à l'hopital de la Salpêtrière. *Chevalier de la Légion d'honneur*

Monsieur le Professeur LEJARS, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur BROCQ, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur QUEYRAT, médecin de l'hôpital Cochin.

Monsieur le Docteur BELOT, chef de service d'électrologie et de radiologie à l'hôpital Saint-Louis. *Officier d'Académie, Chevalier du Mérite Agricole*

INTERNAT

A la mémoire de M. le Docteur Emile REYMOND, *Sénateur*, chirurgien de la Maison Départementale de la Seine. Capitaine aviateur, tombé glorieusement au champ d'honneur.

Monsieur le Docteur SAPELIER, médecin de la Maison Départementale de la Seine et de la Crèche. *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Docteur OPPENHEIM, médecin de la Maison Départementale de la Seine.

Monsieur le Docteur FRANÇOIS-DAINVILLE, médecin de la Maison Départementale de la Seine.

Monsieur le Docteur FRANÇAIS, médecin de la Maison Départementale de la Seine.

A Monsieur MOINE
directeur de la Maison Départementale de la Seine.

A MON RÉGIMENT

LE 85e RÉGIMENT D'ARTILLERIE LOURDE

A SON COLONEL, A SES OFFICIERS, A SES HOMMES

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. Albert Frouin et, grâce aux médicaments mis, obligeamment par lui, à notre disposition, nous avons pu nous livrer à des essais thérapeutiques personnels.

Depuis longtemps, nous avions été frappés de la résistance opposée par la furonculose à tous les traitements, tant externes qu'internes.

La levure de bière, le soufre, les métaux colloïdaux, même les auto-vaccins de Wright, malgré de remarquables et fréquentes améliorations ne paraissaient donner que bien rarement des résultats constants et surtout stables.

Aucune de ces médications, en tous cas, ne nous a paru mériter cliniquement, la qualification de spécifique dont les ont décorées, tour à tour, leurs inventeurs ou leurs vulgarisateurs; sauf les auto-vaccins qui, eux, sont éminemment spécifiques, au point de vue bactériologique et constitueraient, surtout s'ils sont préparés suivant la méthode de Besredka, une médication héroïque, si mal-

heureusement, leur emploi n'était rendu très difficile en clientèle par des difficultés techniques (nécessité d'un laboratoire, d'animaux préparés, etc.).

La nouvelle médication que nous proposons, à la suite de Messieurs Frouin et Grégoire, a le mérite de joindre à une efficacité constante, une inocuité parfaite, efficacité et inocuité, vérifiées, au cours d'une expérimentation déjà longue, par un nombre de cas suffisamment imposant.

Inspiré par une coutume populaire recueillie en Beauce par l'un de nos deux auteurs, puis scientifiquement expérimentée et étudiée par tous les moyens du laboratoire moderne ; la méthode nous revient méthodifiée en quelque sorte et entièrement mise au point.

Et c'est ce fait même — ajouté à l'intérêt médical pur de cette nouvelle méthode thérapeutique — c'est ce fait d'une portée philosophique qui, à notre sens, dépasse le cadre de cette modeste étude qui nous a encouragé à l'entreprendre pour souligner, une fois de plus, tout l'intérêt que présente, pour le perfectionnement de l'art de guérir, l'étroite collaboration de l'expérience clinique et de l'investigation expérimentale.

CHAPITRE I

La Furonculose

Le furoncle peut être unique et alors, il n'y a pas, proprement parler de furonculose.

Ce qui caractérise la furonculose, c'est d'abord : la présence *simultanée* de plusieurs furoncles ou anthrax, soit cantonnés à un territoire cutanné limité, soit généralisés à tous les téguments ; et ensuite, la *périodicité* de cette éruption qui fait qu'après guérison complète de tous les furoncles en activité, il puisse à un moment donné, plus ou moins longtemps après ; se reproduire une nouvelle pullulation d'éléments qui, cédant à leur tour, ne tardent pas à récidiver.

Ces alternatives peuvent s'échelonner sur une période assez longue, variant de plusieurs mois à plusieurs années.

Si le furoncle, en raison de sa bénignité habituelle et du peu de gêne qu'il apporte à l'individu dont il a fait sa victime ne peut guère être considéré comme une maladie ; au contraire, la furonculose, par la multiplicité

des éléments, par leur répétition et par leur ténacité peut devenir une affection parfois grave, souvent cachectisante et, en tout cas extrêmement désagréable.

Ces remarques, vraies pour la clinique, le sont aussi au point de vue thérapeutique ; s'il est, en effet, la plupart du temps, des plus facile d'assurer la guérison d'un furoncle ou même d'un anthrax ; il est, au contraire, très fréquemment difficile d'éteindre une poussée furonculeuse et surtout d'en prévenir le retour.

* * *

Avant l'ère pasteurienne, la pathogénie réelle du furoncle et sa véritable nature ne pouvaient être même soupçonnées.

Pour Dupuytren, le furoncle consistait en une inflammation à point de départ dermique et le bourbillon n'était qu'un peloton cellulo-graisseux enchâssé dans les aréoles du derme et escarrifié.

D'autres, assimilant les aéroles dermiques à une bourse séreuse minuscule, faisaient du furoncle une sorte d'hygroma aigü et, du bourbillon, un produit pseudo-membraneux secondairement éliminé.

Le premier, Richet, détermine nettement la localisation anatomique du mal en le plaçant dans l'appareil pilo-sébacé. Trélat, à sa suite, désigne le bourbillon sous le nom d'*escarre glandulaire.*

Enfin, en 1880, Pasteur, en de mémorables expériences, démontre la parenté étiologique qui unit, à n'en point douter; le furoncle, l'anthrax, l'ostéomyélite, tous

trois devant reconnaître comme agent causal, comme *primum movens* unique et constant, le *staphylococcus piogenes aureus*.

De même l'anthrax fut, jusqu'à Boyer, confondu avec la pustule maligne puis, séparé, par cet auteur, en une unité nosographique autonome : « la pustule bénigne » séparation que rendit complète et définitive la découverte par Davaine, en 1852 de la bactéridie charbonneuse.

C'est à Follin que l'ont doit d'avoir montré la nature véritable de l'Anthrax qui n'est, en somme, que *l'agglomération de furoncles juxtaposés*.

* * *

L'agent de la furonculose : le staphylocoque doré est, de tous les microbes, peut-être, le plus répandu ; son rôle pathogène, chez l'homme ne se peut comparer qu'à celui du streptocoque. Ce sont les agents les plus habituels de las uppuration, mais, tandis que le streptocoque est surtout la cause de suppurations profondes, le staphylocoque reste le plus souvent cantonné aux parties superficielles de l'organisme.

Etant donnée sa présence habituelle sur la peau, les muqueuses et dans le tube digestif de l'homme sain, il est naturel et comme fatal qu'on le rencontre dans la plupart des abcès cutanés, sous-cutanés et des phlegmons, soit à l'état pur et en qualité d'agent causal, (c'est le cas pour le furoncle et l'anthrax non ouvert) soit associé à d'autres microbes auxquels il est venu

s'ajouter (chancres, ulcères) ou qui sont venus s'ajouter à lui (furoncles, anthrax ouverts).

Ce microbe, infiniment répandu et banal, comme nous venons de le voir, fut primitivement qualifié d'*aureus*, parceque les cultures qu'on en fit présentaient une coloration jaune d'or.

Depuis, on isola, en outre, une variété blanche et une variété citrine (Lannelongue, Achard). Mais d'après d'autres auteurs (J. Courmont, Netter entre autres); cette distinction serait tout-à-fait arbitraire car, rien autre que ce pouvoir chromogène ne permet de distinguer ces trois variétés et encore, ce caractère, tout à fait secondaire, est-il essentiellement transitoire et modifiable pour une même variété suivant les conditions de culture dans lesquelles on la place.

Quoi qu'il en soit, le staphylocoque a pour propriétés bactériologiques essentielles de liquéfier la gélatine, de se colorer très facilement par toutes les couleurs basiques d'aniline et de *prendre le Gram*.

D'une morphologie très-fixe, chaque élément est un coccus toujours rond, d'une dimension variant de 0^{mu} 9 a 1^{mu} 2.

Caractère très important auquel il doit son nom, le staphylocoque est toujours disposé en amas, ressemblant à des grappes de raisin autour desquels il est de règle de trouver quelques éléments isolés ou disposés en chaînettes courtes de 4 à 5 cocci.

* * *

Comme toute affection microbienne, la furonculose est, au premier chef, une maladie contagieuse. Etroitement cantonnée aux téguments, sans retentissement général bien profond, elle est, de plus, essentiellement auto inoculable ; de proche en proche aussi bien qu'à distance.

Comme nous le disions plus haut, il est extrêmement rare que le furoncle demeure à l'état d'élément isolé : tantôt l'on assiste à l'éclosion simultanée de plusieurs furoncles, il y a, alors, véritablement, *furonculose d'emblée*, tantôt, autour d'un furoncle initial, ulcéré, vienent se grouper un certain nombres de petits furoncles satellites, auto-inoculés par diffusion à la surface de la peau, de produits septiques provenant de la lésion mère; il s'agit plutôt, en ce cas, de *furonculose secondaire*. Secondaire également, la furonculose généralisée par auto-inoculation à grande distance du foyer initial, grâce au transport accidentel ou habituel, par les mains, objets de toilette, linge, de sérosité ou de plus virulent.

C'est de dehors en dedans que se fait la contamination ; déposé à la surface du tégument, le staphylocoque, suivant le conduit excréteur d'une glande sudoripare ou la gaîne d'un poil, pénètre jusqu'à l'appareil glandulaire proprement dit ; toutefois, ce mécanisme ne peut être déclenché qu'à la condition qu'une légère effraction préalable de l'épiderme ait été effectuée par les ongles, le faux-col, ou tout autre agent traumatisant, peu violent, à la vérité, mais suffisant, cependant, pour entamer les couches superficielles et même ulcérer très finement le

derme. Tout ceci doit suffire, en général, pour créer un furoncle, mais, pour faire de la furonculose, il faut, généralement, autre chose : c'est-à-dire une prédisposition morbide de réceptivité du sujet à l'égard du staphylocoque.

Il est des individus qui font de la furonculose avec une déplorable et constante facilité et chez lesquels les poussées succèdent aux poussées sans qu'il soit, le plus souvent, possible d'attribuer à chacune d'elles une cause bien déterminée. On accuse alors le surmenage physique ou intellectuel, les soucis, la convalescence d'une grande maladie pyrétique, etc.

Il est une maladie générale, cependant, qui prédispose, de façon indéniable, à la furonculose et en assombrit le pronostic ; c'est le *diabète sucré* (Prout et Marchal) soit par ce fait que la présence, dans l'économie, de sucre en excès exalte, au plus haut point, la virulence des micro-organismes ; soit que l'individu débilité, résiste moins à l'action des agents pathogènes, soit, sans doute, pour ces deux raisons à la fois.

*
* *

L'anatomie pathologique du furoncle est des plus simples.

Nous en aurons dit l'essentiel si nous signalons : 1° La localisation du furoncle aux glandes tégumentaires, le plus souvent glandes pilo-sébacées, mais aussi, glandes sudoripares, cérumineuses, palpébrales et même muqueuses ; 2° la formation, au centre de la lésion, du *bourbillon*, qui n'est autre que la glande mortifiée dans son ensemble, avec, tout autour, une zône « d'infiltration

banale avec extravasation de leucocytes, prolifération embryonnaire, etc. » (Barozzi) ; bref, tous les phénomènes qui accompagnent l'inflammation banale.

Pour l'anthrax ; lésions identiques, aggravées, cependant, du fait que plusieurs glandes voisines étant prises en même temps, les étroites bandes de tissus qui les séparent prennent part au processus sphacélique ; aussi, n'est-il pas rare que le tout contribue à constituer un bourbillon de dimension considérable et qu'il reste, après son élimination, une vaste perte de substance en forme de cratère où vient pulluler l'infection secondaire des microbes vulgaires.

* * *

La symptômatologie de cette lésion, banale par excellence, est si connue qu'il est presque inutile d'en donner une description détaillée. « On sait que le furoncle débute, toujours, par une petite saillie acuminée, rouge, ordinairement centrée d'un poil. D'abord, simplement prurigineuse, cette petite saillie ne tarde pas à devenir franchement douloureuse, surtout à la pression ; à mesure qu'il progresse dans son évolution, le clou augmente de volume, sa pointe devient violacée et offre bientôt, en son milieu, une pustulette d'un blanc jaunâtre qui ne tarde pas à se rompre sous l'influence des attouchements ou des frottements.

Enfin, le centre se ramollit, s'ulcère franchement, laissant sourdre une sérosité purulente et montrant, au fond du petit cratère, une masse grisâtre ou jaunâtre,

qui est le bourbillon, *l'escharre glandulaire* de Trélat, c'est-à-dire le résultat de la mortification de l'appareil pilo-sébacé, siège primitif de l'infection.

« En général, il faut 8 ou 10 jours pour que le furoncle atteigne sa maturité complète.

A partir de ce moment, les signes fonctionnels commencent à s'amender et la guérison de la petite lésion ne dépend plus que de l'expulsion du bourbillon, expulsion quelquefois spontanée, ordinairement favorisée par les doigts du malade, ou provoquée par l'intervention du médecin. » (Barozzi).

Il peut arriver qu'au bout de trois ou quatre jours l'évolution tourne court et que tout rentre dans l'ordre, après la résorption en 8 jours de la petite induration, d'autres fois, au contraire, la lésion prend une allure beaucoup plus grave et alarmante soit du fait de son siège, soit du fait de la prédisposition morbide du sujet.

Nul n'ignore le caractère de haute gravité que prend très rapidement, le furoncle de la lèvre supérieure, si une intervention ultra précoce ne libère le pus et n'empêche l'infection de diffuser vers l'orbite et les sinus veineux intra-craniens, emportant le malade en quelque jours par méningite purulente, phlébite sinusienne ou septicémie.

D'une façon générale, les furoncles des autres parties de la face ne comportent pas cette noirceur de pronostic, mais demandent cependant, plus qu'en tout autre région du tégument, une surveillance attentive et, s'il y a lieu, un débridement précoce.

Tels sont : les furoncles du conduit auditif externe, le furoncle de la paupière ou orgelet.

Les sièges les plus fréquents sont : la nuque, le dos des mains, l'avant-bras, bref les parties du corps les plus exposées à des traumatismes bénins, mais suffisants pour faciliter l'effraction de la barrière épidermique par le staphylocoque.

Toutefois, les régions dorsale, fessière périnéale ne sont pas à l'abri du clou vulgaire.

Comme nous le signalions plus haut, le furoncle unique est un accident d'une bénignité absolue (réserves faites pour le siège à la lèvre supérieure), mais la furonculose, par sa répétition, par l'abondance des éléments, par leur ténacité, peut finir par créer une cachexie, heureusement rare, mais dont les stades moins avancés ne laissent pas de mettre le malade dans un état de moindre résistance physique et morale.

L'anthrax, que l'anatomie pathologique nous a montré comme une simple agglomération de furoncles, ne comporte, dans la plupart des cas, qu'une évolution, en tous points calquée sur celle du clou avec, simplement, des modifications de volume, d'empâtement et de douleur.

Citons encore une fois J. Barozzi. « L'anthrax débute ordinairement par des phénomènes généraux ordinairement peu alarmants ; il y a un léger mouvement fébrile, du malaise, de la céphalalgie, de la courbature, parfois des frissonnements. Presque en même temps apparaît, en un point du corps, qui est, ordinairement,

le dos ou la nuque, une tuméfaction douloureuse, rouge, sur laquelle ne tarde pas à se montrer des phlyctènes.

Celles-ci se rompent bientôt et mettent à nu un certain nombre de petits pertuis ou cratères aboutissant, chacun, à un bourbillon.

Autour de ces orifices, la peau prend une teinte livide, violacée et l'ensemble de la région malade offre un aspect caractéristique que l'on a comparé à une écumoire.

Peu à peu, les parties sphacélées, provenant de l'ensemble des bourbillons forment un amas putride qui s'élimine en laissant une assez vaste cavité, laquelle se comblera, lentement, par bourgeonnement.

La cicatrisation est, en général, longue à se faire ; elle exige deux semaines, trois semaines, un mois et même plus, suivant l'étendue de la mortification.

Telle est l'évolution de l'anthrax bénin, *circonscrit* ; elle est rarement interrompue par des complications sérieuses ».

Mais l'anthrax peut être diffus (débilité et glycosurie) et donner lieu à d'intenses phénomènes généraux (fièvre, frisson) locaux (œdème dur de l'anthrax ligneux) le tout aboutissant au délire prémonitoire de la septicémie aiguë finale.

Parmi les complications, outre celles du furoncle de la lèvre supérieure déjà citées, nous signalerons celles plus particulières à l'anthrax, de l'ouverture du foyer purulent dans le canal rachidien, la cavité péritonéale et l'ulcération des gros vaisseaux du cou.

* * *

De tout ce qui précède, mises à part ces quelques complications vraiment exceptionnelles, il ressort que la furonculose est une maladie d'un pronostic avant tout très bénin, mais constitue, pour le moins, une affection très désagréable, gênante et inesthétique.

Nous allons maintenant aborder l'étude succinte de son traitement et exposer tout ce qui a été tenté jusqu'ici pour s'en rendre maître.

CHAPITRE II

Les traitements actuels de la furonculose

Nous envisagerons, presque uniquement, le traitement de la furonculose proprement dite sans nous arrêter longuement à celui du furoncle.

La cure du furoncle isolé est, en effet, des plus faciles. Rien n'est moins compliquée que de faire « avorter un clou » commençant. Le plus souvent, une simple application de teinture d'iode sur la petite saillie naissante ou mieux de : iode 4, acétone 10 (Gallois) suffit à enrayer le processus.

Si l'évolution est déjà plus avancée, on s'adressera aux bains locaux ou aux pulvérisations, suivant la région ; si le furoncle est adulte et prêt à s'ouvrir, on aura recours à l'incision puis a l'extraction du bourbillon et on lavera à l'eau iodée faible. On protège la petite plaie avec un pensement glycériné ou des bandelettes d'emplâtre.

On agirait de même vis à vis d'un furoncle spontanément ouvert.

On veillera surtout à l'aseptie rigoureuse du pansement et des régions environnant la lésion, on ira même jusqu'à exiger la désinfection des vêtements (Gallois) afin de diminuer autant que possible, les chances de dissémination par auto-inoculations.

Le traitement local de l'anthrax ne diffère de celui du furoncle que par la plus grande ampleur donnée au débridement et par le drainage de la plaie souvent large et anfractueuse.

* * *

Nous n'insisterons pas sur ces traitements locaux d'ailleurs la plupart du temps insuffisants et impuissants devant les éruptions disséminées généralisées à des portions étendues de téguments externes.

Aussi la thérapeutique s'est elle, dès longtemps, attachée au traitement interne de l'affection qui nous occupe, cherchant, à travers l'organisme, à atteindre le microbe cantonné à une portion définie du revêtement cutané et à instituer ainsi une médication abortive.

De ces traitements internes, le premier en date est la *levure de bière*. L'idée n'est pas d'aujourd'hui, il semble que ce soit le médecin anglais Mosse qui ait, le premier, préconisé cette médication en 1852 ; Debouzy et Gobert la recommandèrent ensuite (1894-95) mais c'est L. Brocq qui en fut vraiment le vulgarisateur, voici en quels termes, dès 1899, l'éminent dermatologiste en proposait l'administration : « J'emploie, d'ordinaire, la levure de bière fraîche. Les brasseurs de Paris me la livrent

sous l'aspect d'une sorte de crème marron clair.

Dès qu'on la laisse au repos, dans un vase elle se divise en trois couches. . . Pour m'en servir, je mélange, tout d'abord, avec soin les trois couches et je prends une cuillerée à café bien pleine de ce mélange que je délaye dans un verre à Bordeaux d'eau ordinaire ou d'eau minérale alcaline. Je donne cette dose trois fois par jour au commencement de chaque repas. »

Pour les résultats voilà ce qu'ils se sont montrés entre les mains de L. Brocq : « les effets, sur la furonculose, nous ont semblé être réellement remarquables *chez certaines personnes*. *La plupart des sujets* qui sont atteints de cette affection voient, *d'ordinaire*, leurs accidents disparaître ou, *tout au moins s'amender* fortement, quand ils font usage de la levure. Il *semble donc* que ce produit ait pour effet : 1° Quand on l'administre, alors qu'un furoncle ou un anthrax a déjà paru, d'en empêcher le développement, la suppuration, les complications, de le réduire à un petit noyau induré ; mais en réalité, du moins dans beaucoup de cas, *elle ne le supprime pas totalement* ; cependant, elle peut en abréger considérablement la durée *chez certains sujets* ; 2° elle semble prévenir et empêcher, *dans une mesure très notable*, la production de furoncles nouveaux et elle arrive, ainsi à guérir *certaines* furonculoses rebelles ».

Comme il ressort des restrictions que nous avons, à dessein, soulignées et que, d'ailleurs, l'auteur ne cherche nullement à dissimuler, les résultats thérapeutiques fournis par la levure de bière, pour remarquables qu'ils

soient, dans certains cas, ne laissent pas d'être d'une grande inconstance.

L'on peut en dire autant de la levure basse et de son extrait sec, la levurine extractive.

J. Barozzi, dans son article déjà cité, en fournit un exemple typique.

Il cite deux cas personnels : l'un où le succès fut remarquable, d'une furonculose à peu près généralisée dont la guérison fut obtenue en 15 ou 18 jours ; l'autre où une cure très prolongée et très surveillée, tant de levure fraîche que de levurine, fut absolument impuissante à enrayer les poussées successives d'une furonculose rebelle des deux conduits auditifs externes.

Ajoutons que la totérance de la levure de bière par le tube digestif n'est rien moins qu'assurée et que les troubles gastro-intestinaux ne sont pas rares à la suite de son ingestion, régulièrement poursuivie, pendant la durée normale d'une cure.

*
* *

Le second antidote proposé est le *soufre* soit à l'état de soufre précipité et lavé, à la dose de deux cachets à 0 gr. 20 ou 0 gr. 50 par jour, soit sous forme de soufre colloïdal, par voie buccale, intra-musculaire ou intra-veineuse.

La soufre agit, à la fois, comme antiseptique intestinal et par son influence favorable sur le métabolisme.

Toutefois, son action sur l'évolution de la furonculose n'a, certes, rien de spécifique et ses insuccès ne se comptent plus.

Les préparations *colloïdales électriques* n'ont pas manqué de susciter des essais nombreux dans une affection dont le caractère infectieux ne pouvait faire doute. C'est surtout à l'électrargol et à l'électraurol que l'on s'est adressé.

Ici encore, succès comme insuccès ne manquent pas et aucune série de faits ne permet d'autoriser leur emploi systématique.

Nous ne dirons qu'un mot du traitement adjuvant, c'est-à-dire la désinfection intestinale par le benzo-naphtol, dont l'utilité est bien contestée et par le *régime* qui, lui, restera toujours *indispensable*, quelle que soit la méthode de traitement choisie. Sans être trop rigoureux, ce régime s'attachera, cependant, à éviter les épices, poissons, conserves, etc., bref tous les aliments qui « portent à la peau ».

Il nous reste, maintenant, à terminer cette revue rapide en signalant la médication spécifique de la furonculose : *la vaccination.*

*
* *

C'est vers 1897 que Sir A. E. Whright fit à St-Mary's Hospital, ses premières expériences de vaccination humaine par culture chauffée et introduisit, en thérapeutique, la pratique des *vaccins autogènes* auxquels il a attaché son nom.

Ce mode de vaccination a pour but de provoquer une immunisation passive, en contraignant l'organisme à fabriquer lui-même les anti-corps par introduction d'un antigène donné dans les humeurs ; on obtiendrait, ainsi

plus de stabilité dans la valeur de l'immunité et l'on éviterait les phénomènes d'anaphylaxie si gênants, quand on a recours à l'injection de sérum préparé.

Les vaccins de Wright ou auto-vaccins ont ceci de particulier qu'ils sont préparés à partir d'une *culture autogène*, c'est-à-dire fournie par *le microbe du malade lui-même*.

Voici, en quelques mots, sa technique : une culture de 24 heures est émulsionnée dans de l'eau physiologique (8 à 9 gr. de Cl. Na par litre d'eau distillée) puis chauffée à l'étuve ou, mieux au bain-marie, pendant 45 minutes à 1 heure, à 65°. Pour régler la dose de chaque injection, il est nécessaire de faire la numération au moins approchée, des éléments à l'aide d'un compte-globules par exemple.

Les injections se font par doses croissantes : on débute par 100.000 cocci pour finir à 200 millions, en graduant suivant la tolérance du sujet.

Les résultats, dans les cas favorables sont véritablement excellents ; sous l'influence des injections, l'état général s'améliore et les éléments régressent avec rapidité, malheureusement, trop souvent, les avantages éphémères que l'on retire du vaccin sont loin de compenser les inconvénients des réactions thermiques et de la longueur du traitement.

D'autre part, inconvénient plus grave, toute vaccination présente une phase négative de début, durant 8 à 12 jours, au cours de laquelle l'organisme subit un abaissement de ses forces de résistance.

C'est pour obvier à ce danger que furent proposés, par Besredka, les *vaccins sensibilisés*, c'est-à-dire des vaccins dont le microbe serait, préalablement, mis au contact d'un sérum spécifique, dont il fixerait, sur lui-même, l'anticorps, subissant de ce fait une atténuation de sa virulance tout en conservant sa vitalité.

On peut injecter ces vaccins sensibilisés tels quels ou tués par les moyens ordinaires.

L'essentiel est de laver soigneusement les microbes après leur agglutination par le sérum de façon à éviter toute introduction de ce sérum dans l'organisme. On pratique le lavage par émulsion et centrifugation répétées.

Vivants, on ne dépasse pas la dose de 25,000 cocci en débutant par 2.000.

Avec l'autogène sensibilisé-tué on agit comme avec le vaccin de Wright.

Les résulats semblent, ici, supérieurs à ceux même de Wright; on évite, avec ces vaccins nouveaux, la réaction fébrile initiale inévitable avec l'ancien; d'autre part, la valeur curative et préventive de nouvelles poussées paraît supérieure.

Les seuls inconvénients résideraient donc, ici, dans la complexité plus grande de la préparation et dans l'incommodité inhérente à ce genre de traitement.

Quoi qu'il en soit, les auteurs s'accordent jusqu'ici à lui donner la préférence et nous n'hésiterions pas quant à nous, à y recourir en cas d'insuccès — *d'ailleurs encore à venir* — de la médication que nous allons, maintenant étudier.

CHAPITRE III

Le traitement par l'étain

Nous allons, maintenant, aborder l'étude du nouveau traitement proposé par Messieurs Frouin et Grégoire dans leur communication du 14 mai 1917 à l'Académie des Sciences.

La première idée de ce travail leur fut suggérée par cette observation empirique que les étameurs de Beauce ne présentaient jamais de furonculose; remarque qui avait conduit les malades atteints de clous à se traiter eux-mêmes par l'ingestion d'étain pulvérisé,

Nos auteurs cherchèrent alors à vérifier: d'une part l'action expérimentale de l'étain et de ses dérivés, d'autre part leur efficacité thérapeutique sur le staphylocoque et les affections qui en dépendent.

Nous allons, d'après eux, exposer les résultats de leurs investigations.

* * *

Considérons, d'abord, les effets expérimentaux de l'ingestion d'oxyde d'étain et d'étain métallique.

Les essais portèrent sur six chiens auxquels on fit ingérer, pendant vingt jours, de l'étain métallique ou de l'oxyde d'étain à la dose quotidienne de 2 gr.

L'état général ne subit aucune perturbation.

Voici le tableau des poids des animaux avant et après l'expérience :

Etain metallique		Oxyde d'etain	
Poids des animaux		Poids des animaux	
Au début	après 20 jours	au début	après 20 jours
—	—	—	—
21.000	21.000	23.000	21.000
24.500	25.000	19.000	17.500
9.000	9.300	15.000	14.500

« Ont voit que les animaux ayant ingéré le métal ont engraissé, ceux qui ont ingéré l'oxyde d'étain ont légèrement diminué de poids. On pourrait admettre, à priori que ces derniers ont absorbé une plus grande quantité de substance, l'oxyde d'étain étant plus soluble que le métal, ce qui a pu avoir une influence sur le métabolisme.

Il n'en est rien.

Voici le quantités de métal retrouvées dans l'urine de 24 heures pendant les sept premiers jours de l'expérience :

Oxyde d'étain Chien de 15 kg.	Etain métallique Chien de 9 kg.
0 gr. 024	0 gr. 083
0 gr. 020	0 gr. 080
0 gr. 080	0 gr. 068
0 gr. 092	0 gr. 080
0 gr. 032	0 gr. 030
0 gr. 080	0 gr. 049
0 gr. 068	0 gr. 059
moyenne : 0 gr. 0565	moyenne : 0 gr. 064

Ces dosages portent sur une ingestion quotidienne de 2 gr. Or, *les résultats furent identiques avec des doses de 1 gramme et 0 gr. 50 cent.* A partir d'une certaine limite, *la quantité absorbée est donc indépendante de la quantité ingérée* et dépend, seulement, du pouvoir dissolvant des sucs digestifs. De plus, « on voit que l'animal qui a ingéré le métal élimine, en moyenne 8 milligrammes de plus d'étain que celui à qui on a fait ingérer l'oxyde ».

Enfin, il faut ajouter que ces quantités ne correspondent pas exactement à la totalité de l'étain réellement absorbé puisque l'on a pu retrouver encore 18 milligrammes d'étain, dans l'urine des 24 heures, 27 jours après la dernière ingestion.

On se trouve donc en présence de produits à élimination extrêmement lente, ce qui, en l'occurence, est un avantage, puisque cette lenteur ne peut que prolonger l'action médicamenteuse.

Le volume de l'urine a légèrement augmenté.

L'Indican urinaire *est diminué* dans de très notables proportions, surtout chez l'animal ayant *ingéré l'oxyde d'étain.*

Innocuité absolue, absorption par les voies digestives. lenteur d'élimination, inutilité des doses massives : telles sont les données qui découlent de cette expérience.

Envisageons maintenant, celles qui se rapportent à l'action proprement thérapeutique et anti-microbiennes.

* * *

L'influence bactériolique de l'étain et de ses composés « proto-chlorure, iodure, oxyde » est la suivante : « leur addition au bouillon nutritif, avant la stérélisation, diminue l'abondance de la culture faite en milieu anaérobie.

Après le 3e ou 4e passage on n'observe plus qu'un développement à peine appréciable si les réensemencements sont faits tous les 48 heures.

« Dans les bouillons additionnés de 1 o/o de lactose, maltose, glucose ou de levulose, on n'observe que peu de différence dans le développement microbien, en culture anaérobie ; il en est de même dans le bouillon ordinaire en culture aérobie, mais dans tous les cas, la virulence du microbe est considérablement diminuée.

« Voici les résultats d'une expérience » (staphylocoque dont la virulence a été exaltée par trois passages successifs chez le lapin) « les inoculations ont été faites dans le péritoine en employant des cultures de 24 heures en bouillon additionné de divers sels d'étain.

POIDS	NATURE DE L'INJECTION	RÉSULTATS
3.200	2 c. m. c. culture en bouillon témoin	survie 6 j.
2.490	— — métastannate de soude	— 9 j.
3.110	— — protochlorure d'étain	— 12 j.
2.990	— — oxyde d'étain	— 7 j.
2.600	— — métal pulvérisé	— 11 j.

Ces expériences prouvent la diminution de la nocivité du staphylocoque, diminution considérable si l'on songe à la virulence énorme de ce microbe pour le lapin.

Citons enfin cette dernière série d'épreuves qui démontre l'action proprement curative des produits.

C'est encore le lapin qui sert de réactif.

Les animaux sont injectés, comme précédemment, dans le péritoine, avec 3 cmc d'une culture sur gelose inclinée émulsionnée dans 10 cmc d'eau physiologique à 9 gr. de chlorure de sodium pour 1000 d'eau distillée.

Les sels d'étain (il s'agit ici de protochlorure et d'hydrate) à 5 0/0 sont dissous dans l'acide tartrique, neutralisé puis injecté dans les veines 12 heures d'après l'inoculation.

Tandis que le lapin témoin succombe *deux jours après* l'inoculation non suivie d'injection curative, un autre animal ayant reçu 0 gr. 10 de proto-chlorure d'étain meurt *7 jours après*, un second, injecté avec 0 gr. 10 d'hydrate d'étain succombe seulement 8 jours après l'inoculation.

Une dose infinitésimale d'étain a donc suffi pour retarder l'action mortelle du staphylocoque et de ses toxines.

* * *

Tels sont les résultats fournis par le laboratoire. Il nous reste, maintenant, à exposer, aussi clairement qu'il nous sera possible, les effets cliniques de l'ingestion d'oxyde d'étain et surtout d'étain métallique puisque c'est à ces deux produits que se sont définitivement arrêtés nos auteurs après les essais que nous venons de rapporter et les tâtonnements cliniques dont l'un d'eux a bien voulu nous faire part oralement.

Dans les cas que nous avons, personnellement, observés nous avons tout d'abord, employé, indifféremment, l'un ou l'autre produit (obs. I. II.) puis, l'oxyde et le métal en parties égales (obs. III. IV) Messieurs Frouin et Grégoire ayant, à ce moment, reconnu : d'une part l'influence de l'oxyde d'étain sur la nutrition des animaux en expérience, (perte de poids considérable) et, d'antre part, la plus grande facilité d'absorption du métal (8 milligrammes de plus, en moyenne, pour des doses égales).

Enfin (obs. V.) nous n'avons plus employé qu'un mélange que M. Frouin nous a désigné sous le nom de *Stannoxyl* où l'étain métallique domine ; mais qui, cependant, contient, encore, une certaine quantité d'oxyde d'étain auquel on n'a pas voulu renoncer complètement en raison de son action empêchante plus considérable sur la production de l'indican urinaire

Nous devons ajouter que ces diverses modifications ont été presque uniquement dictées par des observations d'ordre expérimental, les quantités thérapeutiques

d'oxyde d'étain s'étant toujours montrées insuffisantes pour influencer, dans le sens défavorable, l'état général des malades.

Sur le conseil de M. Frouin, nous avons employé, d'abord, la dose de 1 gr. puis, nous nous en sommes tenus à la posologie de 0 gr. 50 par jour sous forme de cachets ou de comprimés.

L'ingestion peut se faire à n'importe quel moment de la journée et dans le véhicule qui paraîtra le plus agréable au malade.

Il n'est pas rare que le sujet cesse la médication avant d'avoir absorbé les dix paquets prescrits, la guérison lui paraissant souvent complète dès le cinquième ou sixième jour.

Voici, en général, comment les choses se passent :

A partir du deuxième jour : pour les éléments en voie de croissance, le prurit cesse totalement ; pour les éléments adultes, l'inflammation s'atténue, la sensation d'ardeur et de tension diminue ; au 3e jour ou au 4e les furoncles mûrs s'affaissent, pâlissent, leur base s'assouplit, ceux qui étaient déjà parvenus au stade bourbillonneux résorbent leur bourbillon et tarissent aussitôt leur supuration, une croûte se forme très rapidement qui, dès le huitième ou le dixième jour, tombe, laissant à nu une cicatrice normale.

Et ceci n'est pas le tableau d'un cas exceptionnellement favorable, mais celui de l'évolution habituelle d'un furoncle d'intensité normale.

Pour une poussée à son début avec de rares éléments

disséminés les choses se passent, généralement, beaucoup plus rapidement encore : en trois ou quatre jours tout est fini.

Il est juste de dire qu'il nous a été parfois nécessaire de poursuivre la cure jusqu'à 15 jours avant d'obtenir une résolution définitive.

Notre expérience n'est pas assez longue pour que nous osions affirmer que la durée de l'action du médicament soit suffisante pour prévenir toute récidive, cependant, aucun des huit cas dont nous avons entrepris le traitement ne nous a donné de déception et, d'autre part, MM. Frouin et Grégoire nous promettent le détail de 50 observations, toutes satisfaisantes dont plusieurs se rapportent à des malades antérieurement traités par tous les moyens actuels et parmi lesquels il ne leur a pas été donné, après six mois, de relever une seule récidive.

* * *

Laboratoire et clinique se complètent donc ici de façon on ne peut plus rigoureuse et cet exemple illustre typiquement la marche que devra suivre désormais, toute nouvelle tentative thérapeutique : une idée clinique souvent empirique suscite de multiples vérifications de laboratoire qui la redressent, la règlent, la rendent scientifique, en un mot et autorise, enfin, son retour à la pratique courante.

Pour terminer, nous saluerons l'entrée, dans l'arsenal thérapeutique, d'un métal qui, jusqu'ici n'avait pu

y trouver place et nous formerons le vœu que de nouvelles recherches ne tardent pas à élargir son domaine, non seulement dans la lutte anti-staphylococcique où il reste encore à étudier son action dans d'autres affections; mais aussi, peut-être, dans des manifestations morbides jusqu'ici imprévisibles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

M. L..... voyageur de Commerce, 28 ans, a déjà présenté, à plusieurs reprises, quelques poussées de furonculose à éléments disséminés sur toute la région fessière et sur la face interne des cuisses.

Actuellement : éléments nombreux [une trentaine] siégeant aux régions sus-indiquées, Centré par un poil, un gros élément, très-douloureux, du scrotum.

Le malade reçoit cinq paquets, de 1 gr. *d'étain en poudre*.

Dès le second jour les phénomènes douloureux s'amendent, les éléments s'affaissent, en particulier celui du scrotum qui rétrocède de façon très marquée.

Le malade revient le sixième jour, les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu, il subsiste seulement une induration à la base des furoncles les plus volumineux.

Le quinzième jour, tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION II (personnelle)

M. P. D..... employé, 40 ans, sujet tous les ans à une poussée printanière de furonculose.

L'accès commence, en général, par un clou unique de la nuque qui ne tarde pas à se généraliser en un véritable collier de furoncles.

Dès la venue de l'élément avertisseur, le malade absorbe, quotidiennement, 0m50 *d'oxyde d'étain*. jusqu'à concurrence de 3 gr. 50. L'élément unique avorte dès le troisième jour.

Le vingtième jour, toute trace d'induration a disparu et aucun autre élément n'est apparu.

OBSERVATION III [personnelle]

Mme G. C..., 39 ans. Consécutivement à de grands ennuis et à un surmenage psychique intense, la malade est sujette, depuis plusieurs mois, à des poussées de furonculose extrêmement rapprochées.

Le benzo-naphtol et la levure de bière sont restés sans effet.

La malade présente, actuellement, un énorme furoncle de la joue droite, formant une saillie acuminée, à sommet rouge violacé. Sensation de tension et de chaleurs très douloureuse.

Quatre autres éléments, de moindre importance, au menton et à la face antérieure du cou.

Nombreux reliquats des poussées précédentes, soit à l'état de macules rouges encore légèrement indurées, soit de cicatrices blanchâtres.

La malade reçoit, en 10 jours, dix paquets de 0 gr. 50 de *poudre d'étain*et *oxyde d'étain, parties égales.*

Dès le lendemain, la malade voit les phénomènes douloureux s'amender, la tuméfaction diminue très notablement,

Le troisième jour, deux nouveaux furoncles semblent devoir se produire au niveau de la joue gauche et du menton, mais ils ne dépassent pas le stade prurigineux et dès le 5e jour, tout à disparu de ce côté.

Les éléments adultes continuent à rétrocéder.

La malade reçoit cinq nouveaux paquets et le quinzième jour, il ne subsiste plus qu'un léger empâtement.

Depuis deux mois et demi, aucune nouvelle poussée.

OBSERVATION IV (personnelle)

M. O. T... militaire, 32 ans. Depuis quatre mois, furonculose généralisée : au cou, les éléments, presque confluents, forment un collier quasi ininterrompu et d'une hauteur moyenne de deux doigts ; à la face interne de la cuisse gauche, à la région fessière et ano-périnéale, ils forment de larges placards semis-croûteux, semi-purulents, avec, au pourtour, des éléments jeunes en voie de croissance et d'extension.

L'absorption de cinq paquets de : *étain métallique, oxyde d'étain : â â 0 gr. 25* arrête l'évolution des éléments non encore abcédés tandis que les autres se dessèchent.

Le prurit, qui était intolérable, cesse complètement.

Dès le huitième paquet, le malade se déclare guéri et cesse le traitement, nous ne l'avons pas revu depuis plus de trois mois.

OBSERVATION V (personnelle)

Madame P..., 19 ans, sujette à des poussées de furonculose saisonnière.

Actuellement, cinq éléments dont deux ouverts, disséminés sur le tronc.

La malade reçoit dix paquets de *Stannoxyl* (0 gr. 50). Le deuxième jour du traitement, élimination des bourbillons des deux furoncles ouverts, rétrocession des trois autres, la malade prend, en tout, six paquets, nous la revoyons quinze jours après, tout est rentré dans l'ordre, quelques macules souples et à peine surélevées, subsistent seules au niveau de chaque élément.

OBSERVATION VI (personnelle)

M. L. D...., 59 ans. Enorme anthrax de la nuque, de la dimension d'une demi-orange, induré, violacé, très douloureux, percé de cinq cratères purulents.

L'analyse de l'urine décèle la présence de sucre : 60 gr. par litre.

Le malade absorbe un paquet de *Stannox* (0 gr. 50). Le lendemain, aucun changement appréciable' le second jour, trois des cratères éliminent leur bourbillon ; le jour suivant, les deux autres se détergent également, l'écoulement du pus est très abondant, mais la douleur disparaît et le pourtour s'assouplit, le douzième jour, l'anthrax est complètement affaissé.

La cicatrisation suit son cours normal.

Le malade a pris, en tout, 15 cachets de 0 gr. 50.

OBSERVATION VII

Madame M. P....., 27 ans, sujette à de fréquentes poussées d'orgelets.

Actuellement, furoncle de la paupière droite accompagné d'œdème de la paupière et de larmoiement.

La suppuration paraît imminente à gauche, saillie rouge et douloureuse annonciative d'un nouvel orgelet.

Dès le second paquet de *stannoxyl*, la douleur cesse et l'ensemble des phénomènes morbides rétrocède.

Au cinquième jour du traitement, tout est terminé.

OBSERVATION VIII

G. L..... 12 ans. Furonculose généralisée, au tronc, aux membres inférieurs et supérieurs, à la nuque et au front, depuis un mois. Véritable « floraison » d'éléments, à tous les stades, depuis la papule rouge vif, jusqu'au furoncle ulcéré et en voie de cicatrisation.

Le petit malade est épuisé et dans un état presque cachectique : anorexie, perte de l'appétit, asthénie complète.

Urine fortement chargée d'indican ni sucre ni albumine.

Température vespérale 38°,5.

L'effet de l'absorption du *stannoxyl* [0 gr. 25] est vraiment extraordinaire : en 48 heures, l'enfant est transformé : l'état général se relève déjà : la température baisse [38°] l'appétit revient. Localement, de nombreux éléments s'affaissent, d'autres achèvent d'éliminer leurs bourbillons, les plus avan-

cés tarrissent leur suppuration.

Au sixième paquet, la température est normale, les forces renaissent. Tous les furoncles sont en régression ou se cicatrisent.

L'enfant achève les dix paquets prescrits, quand nous le revoyons après quinze jours il ne subsiste plus, de la poussée, qu'un léger amaigrissement et, sur la peau, de ci de là, quelques taches pigmentaires en voie de disparition.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique actuelle de la furonculose, sans être absolument illusoire, n'en est pas moins d'une inconstance reconnue.

II. — La valeur curative de la médication nouvelle par l'étain est cliniquement supérieure à celle des médications précédentes ainsi que le faisait prévoir l'expérimentation.

III. — Son inocuité démontrée par le laboratoire et la clinique, sa tolérance parfaite par l'organisme, la simplicité de son emploi en font le traitement de choix de la furonculose.

IV. — Il est permis d'espérer que des expériences ultérieures achèveront de placer l'étain au rang de médication spécifique des infections *à staphylocoques*, en montrant son effet bienfaisant dans d'autres affections relevant, comme le furoncle, de la même espèce microbienne.

Vu :
Le Président de Thèse,
ROGER.

Vu :
Pr le Doyen : *L'Assesseur,*
S. POUCHEZ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
Pr le Vice-Recteur : *L'Inspecteur de l'Académie,*
THOUZET.

BIBLIOGRAPHIE

Aragon. — La Pres. Méd, 1899, T. I., p. 282.

J. Barozzi. — Art Furonculose, in Pratique dermatologique T. II.

Beniann. — A pratical method of growing the acne bacillus from the comedo for the préparation of vaccin. Lancet London 1913 p. 180.

Besredka. — Vaccination par les virus vaccins sensibilisés. (Bulletin du Z. Z. P. T. X. 30 Juin 1912).

— Virus-Vaccins sensibilisés, Biologica, 15 dé- 1912.

Bezançon. — Précis de microbiologie clinique. (Masson 1900).

Brisson. — Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie. (Ann derm et syph. Paris 1910).

L. Brocq. — La Pres. Méd. 1899. (T. 1 p. 45).

Cohendy et Bertrand. — Virus-vaccin antistaphylococcique sensibilisé, vivant (Ac des seiences). (T. 155 p. 1622).

— Les Virus vaccins en thérapeutique (congrés

international de médecine. Londres 1913, section thérapeutique).

J. Courmont. — Précis de Bactériologie (Doin 1911). Art. Staphylococcie in-traité de Méd. de Brouardel et Gilbert (Ballière).

Couturieux. — Pres Méd., 1899, T. 1, p. 234.

Compstum. — Journal of Hygiène, 1907, vol. VII, p. 606.

Clark. — Sulphur in the treatment of carbum cles and boils, Med. Rev. N. Y. 1901.

Debouzy. — Journ. de Méd. et de Chir. prat., 1894, p. 476.

Deville. — Traitement des inefctions dûes au staphylocoque et au streptocoque par les vaccins sensibilisés. Thèse de Paris, 1914.

Fiessinger. — La thérapeutique en vingt médicaments. Maloine, 1913.

Albert Frouin et **R. Grégoire**. — Action de l'étain métallique et de l'oxyde d'étain dans le traitement des infections à staphylocoque, C. R. de l'Ac. des. sc., 14 mai 1917, T. 164, P. 794.

Gobert. — Journ. des Sc. Méd. de Lille, 1895.

Gordon. — Report Med. Office Local Govern-Board, 1903-04.

H. Gougerot. — La Dermatologie en clientèle Maloine 1917.

Martinet. — — Quand, pourquoi, comment il faut employer le souffre colloïdal, P. méd., 1914. P. 422.

Manti. — Bactériothérapie du furoncle. J. des Praticiens, 1909, 1912.

Mitchell. — Bactérin. Treatment of pustular acne and furonculosis. G. M. M. Ass. St-Louis, 1914.

Mosse. — The Lancet 1852, T. II, p. 113.

Max Joseph. — Dermatologisches Centrablatt, 1907.

Tenesson. — Dermatoses suppuratives. Union Méd. 1893. Paris.

Wright. — British M. J. 9 mai 1903.

— — 7 mai 1904.

— — 13 juin 1904.

— Lancet août 1907.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 13

CHAPITRE I. — La furonculose 15

CHAPITRE II. — Les traitements actuels de la furonculose 27

CHAPITRE III. — Le traitement par l'étain . . . 35

OBSERVATIONS 45

CONCLUSIONS 51

BIBLIOGRAPHIE 52